Die Fälle von Wendung nach Braxton-Hicks bei Placenta praevia

in der Münchener Frauenklinik

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gustav Beckering,

approb. Arzt aus Sögel i. H.

München 1904.

Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Die Fälle von Wendung nach Braxton-Hicks bei Placenta praevia

in der Münchener Frauenklinik.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gustav Beckering,
approb. Arzt aus Sögel i. H.

MED. BIBLIOT. BERL.

München 1904.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Referent: Herr Geheimrat Prof. Dr. von Winckel.

Eine der gefährlichsten Komplikationen der Geburt ist der tiefe Sitz des Mutterkuchens, die Placenta praevia. Nur wenige Geburtsanomalien bedrohen in so unmittelbarer und ernster Art gleichzeitig das Leben der Mutter und des Kindes.

Erstere wird hauptsächlich gefährdet durch die heftigen Blutungen aus den mütterlichen Placentargefässen, die durch Lösung des Mutterkuchens infolge Dehnung des unteren Uterinsegmentes in den letzten Schwangerschaftsmonaten und -wochen und ganz besonders unter der Geburt, freigelegt und eröffnet werden. Die tiefe und leicht zugängliche Lage der Placentarstelle steigert ferner im hohen Grade die Chancen einer septischen Infektion, umsomehr als doch meistens operative Eingriffe vor, während oder nach der Geburt sich als notwendig erweisen.

Grösser noch ist die Gefahr für das Leben des Kindes. Die ganz oder teilweise gelöste Placenta vermag den Gasaustausch nicht oder nicht mehr in genügender Weise zu vermitteln und so geht die Frucht gewöhnlich an Erstickung zu Grunde. Dazu kommt noch, dass bei Placenta praevia infolge frühzeitiger Blutungen die Schwangerschaft in vielen Fällen nicht ihr normales Ende erreicht und die

Früchte zu früh, d. h. zu einer Zeit geboren werden, wo ihre Lebensfähigkeit gleich Null oder doch wesentlich reduziert ist.

Es ist klar, dass die geschilderten Gefahren verschieden gross sein werden, je nachdem es sich um eine Placenta praevia centralis, lateralis oder marginalis handelt. Eine Placenta praevia centralis im Sinne v. Winckels liegt vor, wenn auch der fast völlig erweiterte innere Muttermund ganz vom Placentargewebe eingenommen wird, eine Placenta praevia lateralis, wenn dies nur zum Teil der Fall ist, und eine Placenta praevia marginalis, wenn der Mutterkuchen nur mit seinem Rande gerade noch in den inneren Muttermund hineinragt. Sich selbst überlassen, würde eine Placenta praevia centralis wohl ausnahmslos den Tod der Mutter und der Frucht zur Folge haben, während bei einer Placenta praevia lateralis nach Sprung der Blase Nachlass oder Aufhören der Blutung eintreten kann, sodass Mutter und Kind mit dem Leben davonkommen können. Bei marginalem Sitze des Mutterkuchens ist der Geburtstypus, abgesehen davon, dass in der Eröffnungszeit bis zum Blasensprunge zeitweise Blut abgeht, wohl meistens der normale.

Die Therapie bei Placenta praevia muss sich, da wir natürlich an dem fehlerhaften Sitze des Mutterkuchens nichts ändern können, gegen das hauptsächliche Symptom, die Blutung, richten.

Es würde mich zu weit führen hier alle therapeutischen Mittel anzuführen, die zur Bekämpfung

der Blutung dienen. Es sollen nur die hauptsächlichsten Methoden kurz berührt werden.

Die bis vor kurzem allgemein geübte Methode ist die Tamponade der Scheide bis zur vollständigen Erweiterung des Muttermundes mit nachfolgender innerer Wendung. Die Tamponade wirkt einerseits blutstillend durch direkten Druck von unten gegen die blutenden Stellen, andererseits regt sie die Wehentätigkeit an und beschleunigt dadurch den Verlauf der Geburt, ein Ziel, auf das wir in jedem Falle hinarbeiten müssen, da mit der Dauer der Geburt und damit der Blutung die Gefahr für Mutter und Kind entsprechend steigt.

Die künstliche Sprengung der Blase wird besonders von Pinard in Paris geübt. Er geht von der Ansicht aus, dass die Zerrung, die der vorliegende Kindesteil an den Eihäuten ausübe, die Hauptursache der Ablösung der Placenta sei. Darum sucht er durch Sprengung der Eihäute in möglichst grosser Ausdehnung eine weitere Zerrung an denselben zu verhindern und dadurch das Aufhören der Blutung zu bewirken.

Ein neueres von Dührssen im Jahre 1896 zuerst empfohlenes Verfahren besteht in der intrauterinen Balloneinführung mit permanentem Zug. Der gefüllte Colpeurynter drückt von oben her den abgelösten Lappen der Placenta gegen die blutende Partie der Uteruswand und stillt so die Blutung, anderseits dient er zur langsamen Erweiterung des Gebärmutterhalses und zur Erregung kräftiger Wehen. Besonders empfiehlt Dührssen diese Methode bei

noch lebendem, ausgetragenen Kinde, zur Rettung des Kindes.

In letzter Zeit, besonders seit Mitte der 80er Jahre ist bei der Behandlung der Placenta praevia die kombinierte indirekte Wendung auf den Fuss immer mehr in Aufnahme gekommen. Im Jahre 1860 von Braxton-Hicks zuerst empfohlen, fand sie wenig Anklang, da man an die Wendung sogleich die Extraktion anschloss und infolgedessen schlechte Resultate zeitigte. Etwa 10 Jahre später machte Kuhn in Wien wieder auf diese Methode aufmerksam, aber erst nachdem Anfang der 80er Jahre die Schröder'sche und die Gusserow'sche Schule durch grössere Zahlenreihen die Vorteile dieser Wendung ohne nachfolgende Extraktion ins rechte Licht setzte, wurde dieselbe ziemlich allgemein angenommen. Wurde doch durch dieses Verfahren die Mortalität der Mütter mit einem Schlage bedeutend herabgesetzt, allerdings auf Kosten des Lebens der Kinder.

Die Operation wird ausgeführt, indem man mit 2 Fingern durch den Muttermund in den Uterus eingeht und den vorliegenden Teil vom Beckeneingange wegschiebt, während man mit der aussen befindlichen Hand den kindlichen Steiss der inneren Hand entgegendrückt, bis der Fuss über den Muttermund kommt, der dann durch Muttermund und Scheide nach aussen geleitet wird. Der nun auf der blutenden Stelle ruhende Steiss des Kindes wirkt als fester antiseptischer Tampon und die Blutung cessiert sofort und dauernd. Sollte dies nicht der Fall sein, so genügt

die Anbringung eines leichten permanenten Zuges um die sicherste Blutstillung zu erreichen. Handelt es sich um eine Placenta praevia centralis, und sind keine Eihäute im Muttermund zu erreichen, so dringt man da, wo man den dünneren Lappen oder kleine Teile des Kindes fühlt, vor und löst die Placenta hier ab, bis man zu den Eihäuten kommt. Wyder rät in diesem Falle jedesmal ohne weiteres die Placenta zu durchbohren. Ist die Wendung beendet, so wird der weitere Geburtsverlauf nunmehr im Prinzip der Natur überlassen. Die Extraktion der Frucht soll man nur dann vornehmen, wenn der Muttermund völlig erweitert ist und man auf ein lebendes und lebensfähiges Kind hoffen darf, oder bei unmittelbarer Gefahr für die Mutter (Fieber, Konvulsionen etc.) Bei dieser möglichst abwartenden Methode werden gefährliche Verletzungen des unteren Uterinsegmentes, wie sie bei der starken Auflockerung und der leichten Zerreisslichkeit des Cervix und des unteren Uterinsegmentes bei Placenta praevia sonst an der Tagesordnung waren, fast sicher vermieden. Ferner sind Blutungen in der III. Geburtsperiode nicht mehr so sehr zu befürchten, da die Placenta sich allmählich löst und dabei eine solidere Trombosierung der Placentarstelle geschaffen wird. Die manuelle Lösung wird nicht mehr so häufig nötig und ist damit eine weitere Infektionsgefahr abgeschnitten.

Ueber den Wert und die Indikation zur Anwendung der einzelnen Methoden herrscht noch keine völlige Uebereinstimmung unter den Geburts-

helfern. Eine grosse Zahl, darunter besonders die Berliner Schule, hält die Wendung nach Braxton-Hicks bei Placenta praevia für die beste und sicherste Methode und befürwortet ihre Anwendung in jedem Falle. Sobald der Arzt bei Placenta praevia mit Blutungen konstatiert hat, dass Wehen vorhanden sind, soll er, falls der vorliegende Kopf noch nicht ins Becken eingetreten ist und die Wehen schwach sind, sofort die kombinierte, indirekte Wendung machen und an dem heruntergeholten Fuss den Steiss ins Becken ziehen. Andere dagegen weisen, gewiss nicht mit Unrecht darauf hin, dass die Wendung für das lebende Kind doch immerhin keine gleichgültige Sache darstellt und beschränken sich daher zunächst auf die etwas harmloseren Mittel der heissen Vaginaldouche, Blasensprengung, Tamponade, um die Wendung nach Braxton-Hicks erst dann vorzunehmen, wenn die Blutung auf keine andere Weise zum Stehen gebracht werden konnte, oder wenn schleunige Vollendung der Geburt im Interesse des mütterlichen oder kindlichen Lebens angezeigt erscheint. Nach den letzterwähnten Grundsätzen wurde an hiesiger Klinik verfahren.

Es sollen nun zunächst die einzelnen Fälle kurz beschrieben werden und im Anschluss daran noch einige zusammenfassende Bemerkungen folgen.

1.

O. L., Nachtwächtersfrau, 39 Jahre, X para, J.-N. 53, Schieflage, im 8. Monat. Placenta praevia lateralis.

Vor 14 Tagen starke Blutungen, die auf Bettruhe hin cessierten. Bei Beginn der Geburt mässige Blutung. Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze. Am folgenden Tage heisse Scheidenausspülung und Erneuerung der Tamponade. Nach weiteren 20 Stunden mit dem Einsetzen kräftigerer Wehen sehr starke Blutung. Daher Wendung. Muttermund für 3 Finger durchgängig, von rechts her ragt ein über talergrosses Stück Placenta herein. Es wurde nun mit der rechten Hand in die Vagina und mit 2 Fingern in den Uterus eingegangen, die vorliegende Schulter zur Seite gedrängt, der rechte Fuss erfasst und durch Muttermund und Vagina nach aussen geleitet. Durch Zug an dem herabgeholten Fusse wurde mit dem kindlichen Steisse tamponiert. 45 Minuten später spontane Geburt eines nicht ganz ausgetragenen toten Kindes (kindliche Herztöne wurden in der Klinik nicht gehört). Kind, männlichen Geschlechtes, 45 cm lang, 2800 g schwer. Die Placenta wurde nach 20 Minuten mittelst Credé entfernt. Sie wog 650 g, war 21 cm lang, 20 cm breit und $1^1/_2$—2 cm dick. Gewebe grosslappig.

In den ersten drei Tagen des Wochenbettes mehrere leichte Nachblutungen, die durch Inf. Secal. cornut. und heisse Scheidenausspülungen zum Stehen gebracht wurden. Im übrigen zeigte sich keine Temperaturerhöhung oder sonstige Störung des Allgemeinbefindens.

2.

M. T., Dienstmädchen, 22 Jahre, II para. 1893.

J.-N. 98. Schieflage, im 10. Monate. Placenta praevia centralis.

Vor einigen Stunden Blutung, wegen der die Parturiens die Klinik aufsuchte. Dortselbst plötzlich wieder sehr starke Blutung. Muttermund für 4 Finger durchgängig, derselbe ist vollständig von Placentargewebe ausgefüllt. Es wurde mit einer Hand in die Vagina eingegangen und die Wendung nach Braxton-Hicks gemacht. Nach 1 Stunde spontane Geburt eines toten Kindes von 50 cm Länge und 3200 g Gewicht. Nach der spontan erfolgten Geburt der Placenta eine längerdauernde Nachblutung, die trotz heisser Ausspülungen, Ergotin subcutan und Massage des Uterus nicht stand. Daher Tamponade der Uterushöhle und der Vagina. Die Placenta wog 450 g, war 18 cm lang und 13 cm breit, bei einer Dicke von 1—1½ cm.

Wochenbett ohne Nachblutung oder sonstige Komplikationen.

3.

Franz. Pl., Taglöhnersfrau, 35 Jahre, X para. 1896. J.-No. 20. Schieflage IIb, im 9. Monat. Placenta praevia centralis.

Vor 10 Tagen eine 2 Stunden anhaltende Blutung. Seit 12 Stunden Blutung mit einer mehrstündigen Unterbrechung. Muttermund für 3 Finger durchgängig, vollständig mit Placentargewebe ausgefüllt. Es wird mit der rechten Hand eingegangen und mit 2 Fingern die Placenta durchbohrt, der rechte Fuss erfasst und durch Muttermund und

Vagina nach aussen geleitet. Nach 1½ Stunde spontane Geburt eines nicht ausgetragenen, frisch abgestorbenen Mädchens von 47 cm Länge und 2200 g Gewicht. Leichte Nachblutung. Expression der Placenta nach Credé. Placenta wog 660 g, Grösse 25 : 18 cm, Dicke 2 cm, oval, grosslappig. Eihäute unverletzt.

Wochenbett während der ersten 4 Tage fieberhaft. Fundus uteri und linkes Parametrium stark druckempfindlich. Nach 14 Tagen gesund entlassen.

4.

B. L., Kellnerin, 35 Jahre, V para. 1897. J.-N. 694. II. Schädellage, im 9. Monat. Placenta praevia centralis.

Vor 3 Wochen schwache Blutung. Am 3. Tage vor der Geburt des Kindes zweimalige Tamponade wegen starker Blutung. Am folgenden Tage Muttermund für 2 Finger gut durchgängig, vollständig von Placentargewebe ausgefüllt. Die rechte Hand wird in die Vagina eingeführt, mit 2 Fingern die Placenta durchbohrt, die Wendung ausgeführt und der rechte Fuss herabgeleitet vor die Vulva. Nach 21 Stunden spontane Geburt der Frucht. Uebler Geruch aus den Genitalien. Schüttelfrost. Expression der Placenta nach Credé. Kind, männlich, 51 cm lang, 2500 g schwer, tot, I. Grades maceriert. Placenta wog 540 g, war 16 cm lang und 15 cm breit bei 2 cm Dicke, rund, grosslappig, in der Mitte durchbrochen.

Im Wochenbett in den ersten 14 Tagen hohes Fieber, das nach täglichen Lysol-Ausspülungen des Uterus allmählich zurückging.

5.

K. W., Haushälterin, 36 Jahre, VIII. para. 1897. J.-N. 1091. Schieflage Ib, im 10. Monat. Placenta praevia lateralis.

Leichte Blutung während der I. Geburtsperiode. Muttermund für 3 Querfinger durchgängig. Von links hinten her ragt ein höckeriger Lappen der Placenta in den Muttermund. Es wird nun mit der ganzen Hand in die Vagina eingegangen und die Wendung nach Braxton-Hicks gemacht. Der heruntergeholte Fuss ist der linke. Nach 30 Minuten erschien mit dem Tiefertreten des Steisses die Placenta und die Nabelschnur, auf der das Kind ritt in der Vulva. Durch Druck von oben wurde nun schnell Frucht und Placenta exprimiert. Das ausgetragene Kind (Länge 51 cm, Schwere 2650 g) konnte durch energische Wiederbelebungsversuche zum Atmen gebracht und am Leben erhalten werden. Die ovale, grosslappige Placenta wog 550 g bei einer Länge von 17, einer Breite von 13 und einer Dicke von $1^1/_2$ cm. Am Rande derselben fand sich eine fibrös degenerierte Partie.

Befinden der Wöchnerin andauernd gut.

6.

M. Sch., Taglöhnerin, 38 Jahre, X para 1898. J.-N. 653. Schieflage IIa, im 10. Monat. Placenta praevia lateralis.

Starke Blutung vor 20 Stunden. Tamponade. Nach Entfernung der Tampons wiederum heftige Blutung. Muttermund etwa talergross, derselbe ist fast völlig von Placentargewebe ausgefüllt, nur nach rechts sind die Eihäute zu erreichen. Nach Einführung der Hand in die Vagina wird die Wendung nach Braxton-Hicks gemacht und der linke Fuss vor die Vulva geführt. Nach 2 Stunden spontane Geburt des Rumpfes, Lösung der Arme und des Kopfes. Placenta folgt sofort mit der kindlichen Fläche voran. Kind 51 cm lang, 2900 g schwer, während der Geburt gestorben. Gewicht der ovalen, grosslappigen Placenta 700 g, Grösse 21 : 16 cm, Dicke $1^1/_2$ cm.

Wochenbett ohne Komplikationen.

7.

A. Z., Gärtnersfrau, 38 Jahre, XI para. 1898. J.-Nr. 962. II. Schädellage, im 10. Monat. Placenta praevia lateralis.

Seit 8 Tagen öfters Blutungen, besonders bei der Nacht. Während der letzten 3 Tage tägliche Tamponade. Auch nach Sprengung der Blase steht die Blutung nicht. Muttermund für 3 Finger durchgängig; in denselben ragt von hinten her ein grösserer Placentarlappen herein. Nach Einführung der Hand in die Vagina wird die Wendung nach Braxton-Hicks gemacht, der rechte Fuss erfasst und nach aussen geleitet. Derselbe ist jedoch der hintere. Deshalb nach 4 Stunden bei völlig erweitertem Muttermund Herabholen des vorderen Fusses

und Extraktion. Das 54 cm lange und 3750 g schwere Kind ist tot. Die Placenta, die 2 Stunden später mittels des Credé'schen Handgriffes entfernt wurde, wog 600 g bei einer Grösse von 18 : 16 cm und einer Dicke von 2 cm. Der vorgelegene längliche Lappen von 10 cm Länge und 6 cm Breite war mit Blut durchtränkt.

Im Wochenbett 12 Tage lang Temperaturerhöhungen bis 39,7° ohne weitere Symptome.

8.

Joh. Kr., Kutschersfrau, 35 Jahre, III para. 1898. J.-Nr. 1104. I. Schädellage, im 10. Monat. Placenta praevia lateralis.

Bei Beginn der Geburt starke Blutung. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Von links her ragt ein Lappen der Placenta in den Muttermund hinein. Es wird mit der Hand in die Vagina eingegangen und die indirekte kombinierte Wendung gemacht. Der heruntergeholte linke Fuss wird angeschlungen und mit einem Pfundgewicht beschwert. Nach 5 Stunden werden die kindlichen Herztöne unhörbar; da der Muttermund fast ganz erweitert ist, Extraktion. Das Kind aspiriert beim Passieren der Scheide ziemlich viel Blut und wird deshalb im II. Grade asphyktisch geboren. Trotz 1½-stündiger Wiederbelebungsversuche konnte es nicht zum Atmen gebracht werden, da sämtliche Luftwege mit Blut erfüllt waren. Die Länge des Kindes betrug 52 cm, das Gewicht 2750 g. 1 Stunde nach der Geburt des Kindes leichte Nach-

blutung. Manuelle Lösung der Placenta vom äusseren Muttermunde. Leichte Blutung steht auf heisse Ausspülungen und 1½ Spritzen Ergotin. Placenta 500 g schwer, 19 : 13 cm gross.

Wochenbett ohne Komplikationen.

9.

B. D., Fabrikarbeiterin, 24 Jahre, III para. 1898. J.-Nr. 1155. I. Schädellage, im 10. Monat. Placenta praevia lateralis.

Wegen Blutung in die Klinik gebracht. Sprengung der Blase. Vorfall der Nabelschnur. Reposition nicht möglich, daher Wendung. Muttermund für 3 Finger durchgängig; rechts vorn ist Placentargewebe zu fühlen und wird deshalb trotz I. Schädellage nicht mit der linken, sondern mit der rechten Hand eingegangen. 2 Finger werden durch den Muttermund geführt, der Kopf beiseite gedrängt und der rechte Fuss herabgeholt. Nach 2 Stunden spontane Geburt eines toten, ausgetragenen Knaben von 49 cm Länge und 3000 g Gewicht. Die ovale, kleinlappige Placenta folgt spontan nach 15 Minuten. Das Gewicht derselben beträgt 600 g, die Grösse 20 : 13 cm, die Dicke 2½ cm.

Wochenbett ohne krankhafte Erscheinungen.

10.

F. Sch., Zugeherin, 29 Jahre, III para. 1898. J.-Nr. 1215. Schieflage Ia, im 10. Monat. Placenta praevia lateralis.

Nach Sprung der Blase Blutung. Muttermund etwa talergross, in demselben links Placentargewebe zu fühlen. Nach Einführung der Hand in die Vagina Wendung nach Braxton-Hicks. Der heruntergeleitete Fuss ist der rechte. Nach einer Stunde spontane Geburt des frisch abgestorbenen, ausgetragenen Kindes, dessen Länge 50 cm und dessen Gewicht 2850 g beträgt. Wegen leichter Nachblutung wird die Placenta sogleich exprimiert. Gewicht derselben 900 g, Grösse 22 : 20 cm, Dicke 3 cm.

Befinden der Wöchnerin andauernd gut.

11.

M. B., Kellnerin, 22 Jahre, II para. J.-N. 56. II. Schädellage, im 8. Monate. Placenta praevia lateralis.

Vor 8 Tagen Blutung. Seit 20 Stunden starke Blutung. Muttermund für 2 Finger bequem durchgängig. Von links her ragt Placentargewebe in denselben hinein, das ihn fast völlig deckt. Nach Einführung der Hand in die Scheide Wendung nach Braxton-Hicks. Nach 3 Stunden spontane Geburt des Rumpfes, Lösung der Arme. Kopf nach Wigand-Martin-Winckel. Kind, dem 8. Schwangerschaftsmonate entsprechend, 43,5 cm lang, 1800 g schwer, ist tot. Die Haut ist bläulich livide verfärbt. Die Placenta wird wegen leichter Nachblutung exprimiert nach Credé. Gewicht derselben 500 g, Grösse 15 : 12, Dicke 2 cm, Gewebe grosslappig.

Wochenbett verläuft ungestört.

12.

M. N., Blumenmacherin, 23 Jahre. II para. 1899. J.-N. 134. I. Schädellage, im 10. Monate. Placenta praevia lateralis.

2 Tage vor der Geburt Blutung, die auf eine heisse Ausspülung hin stand. Am folgenden Tage starke Blutung. Tamponade. Nachdem innerhalb 7 Stunden die Tamponade zweimal durchblutet, Wendung nach Braxton-Hicks ausserhalb der Klinik. Bei der Aufnahme in die Klinik ragt der linke Fuss bis zum Knöchel aus der Vulva hervor. Parturiens deliriert fortwährend. Nach 5 Stunden spontane Geburt des Rumpfes, Lösung eines Armes, Expression des Kopfes. Nachblutung. Manuelle Lösung der Placenta von einer Stelle der Uteruswand. Prophylaktische Uterus-Scheidentamponade. Kind ausgetragen, 49 cm lang, 3100 g schwer, tot. Die ovale, kleinlappige Placenta wog 500 g, bei einer Grösse von 20 : 15 cm und einer Dicke von 2 cm. Das Stück der Placenta, das an der Uteruswand adhärent war, hatte die Grösse eines Hühnereies.

Die Wöchnerin erholt sich bald und befindet sich andauernd wohl.

13.

Ph. W., Schmiedsfrau, 37 Jahre, VII para. 1899. J.-N. 177. II. Schädellage, im 10. Monate. Placenta praevia lateralis.

Vor 4 Wochen eine leichte Blutung. Bei Beginn der Geburt starke Blutung. Tamponade. Am folgenden Tage Tamponade des Cervikalkanals mit

Jodoformgaze, der Scheide mit Wattentampons. Nach 12 Stunden ist die Tamponade durchblutet. Der Muttermund ist für 2 Finger durchgängig. Es wird die rechte Hand in die Scheide und zwei Finger in den Uterus eingeführt. Beim Hinaufschieben des Kopfes tritt eine starke tonische Kontraktion des Uterus ein, sodass eine weitere Umdrehung der Frucht nicht möglich ist. Erst nach 35 Minuten nach Eingehen mit der anderen Hand gelingt es den rechten Fuss zu fassen und herabzuziehen. Nach 2 Stunden spontane Geburt des Rumpfes, Lösung der Arme und des Kopfes. Da Parturiens ziemlich kollabiert ist, Expression der Placenta nach Credé. Kind tot. Länge desselben 51 cm, Schwere 3350 g. Gewicht der ovalen grosslappigen Placenta 500 g, Grösse 20 : 15 cm; Dicke 2 cm. Nach der Geburt der Placenta Blutung aus einem Vaginal- und Cervixrisse. Naht des Vaginalrisses. Tamponade des Uterus mit steriler Gaze. Uterus erschlafft bisweilen. Aussehen der Puerpera schlecht, ängstlicher Gesichtsausdruck, Nasenflügelatmen. Puls klein, hüpfend, 150 Schläge in der Minute. Temperatur 37,6. Urin blutig. Tamponade ist bald durchblutet. Nachdem 75 cm Gaze nachgestopft, steht die Blutung. Auf Kochsalzinfusion, Kampfer, Milch, Thee etc. am folgenden Tage etwas Besserung.

Weiterer Bericht fehlt. Wöchnerin gestorben.

14.

Fr. L., Turbinenführersfrau, 42 Jahre, XIX para.

1899. J.-Nr. 1085. I. Schädellage, im 9. Monat. Placenta praevia lateralis.

Während der Schwangerschaft öfters Blutungen, seit 3 Tagen sehr starke Blutung. Ohne Therapie. In Blut schwimmend, fast völlig bewusstlos in die Klinik gebracht. Muttermund für 2 Finger durchgängig, fast ganz mit Placentargewebe ausgefüllt; nur links gelangt man eben an die Eihäute. Nach Einführung der Hand in die Vagina Wendung nach Braxton-Hicks. Der heruntergeholte Fuss wird durch 1 Klg.-Gewicht angezogen erhalten. Nach einer halben Stunde spontane Geburt eines toten, nicht ganz ausgetragenen Kindes von 49 cm Länge und 1900 g Gewicht. Sofortige Expression der Placenta, deren Gewicht 250 g beträgt, bei einer Grösse von 15 : 10 cm und einer Dicke von 1 cm. Prophylaktische Uterus-Scheidentamponade. Kochsalzinfusion, Thee, Kognak, Kampher subkutan etc. Zeitweiser Kollaps. Nach 2 Stunden Exitus letalis.

15.

A. R., Zimmermannsfrau, 26 Jahre, VII para. 1900. J.-Nr. 587. I. Schädellage, im 10. Monat. Placenta praevia centralis.

Starke Blutung vor einigen Stunden. Tamponade. Nach 6—7 Stunden Tamponade durchblutet. Muttermund über talergross; vollständig von Placentargewebe ausgefüllt. Es wurde mit der linken Hand eingegangen, mit 2 Fingern die Placenta durchstossen der linke Fuss heruntergeholt und durch 1 Klg.-Gewicht angezogen erhalten. Nach 2 Stunden

spontane Geburt des Rumpfes. Lösung der Arme und Entwicklung des Kopfes nach Martin-Wigand-Winckel. Kind 53 cm lang, 3300 g schwer, tot. 20 Minuten nach der Geburt des Kindes folgt die Placenta spontan. Gewicht derselben 700 g, Grösse 23 : 18 cm, Dicke 2—3 cm. Gewebe grosslappig. An der Placenta befindet sich ein Riss, der sich vom Rande bis zu der an dieser Stelle lateral inserierenden Nabelschnur erstreckt und das Gewebe der Placenta völlig durchtrennt.

Wochenbett ohne Fieber oder sonstige Störungen.

16.

M. F., Küchenmädchen, 26 Jahre, II para 1900. J.-Nr. 962a. Frühgeburt im 7. Monat. Placenta praevia marginalis. 18 Tage vor der Geburt in die Klinik aufgenommen. Täglich Tamponade mit Wattentampons. Später Colpeurynter, nach je 2 Tagen gewechselt. Nach 14 Tagen Schüttelfrost, der sich am folgenden Tage zweimal wiederholte. Abdomen rechts zwischen Uterus und Beckenwand leicht druckempfindlich. Uebelkeit. Zweimaliges Erbrechen. Lysolausspülung. Einlegen eines Laminariastiftes in den Cervikalkanal. Tamponade der Vagina mit steriler Gaze. Starkes Aufstossen. Am folgenden Tage Entfernung der Tamponade und des fingerdick gewordenen Laminariastiftes. Colpeurynter in die Scheide. Nach 5 Stunden Metreurynter in die Uterushöhle. Vorher 3 Kirische Uterusdouchen mit $^1/_2$ % Lysollösung. Trotz des Metreurynters Blutung. Muttermund für 2 Finger

durchgängig. Rechts ist der Rand der Placenta zu fühlen. Es wird die Hand in die Vagina eingeführt und die Wendung nach Braxton-Hicks gemacht. Der erfasste rechte Fuss wird angezogen erhalten durch 1 Klg.-Gewicht. Nach 2 Stunden ist der Steiss geboren. Armlösung. Bei der Entwicklung des Kopfes Frakturierung des Unterkiefers. Expression der Placenta nach Credé. Nachblutung steht auf heisse Scheidenspülung und 2 Spritzen Ergotin. Kind 34 cm lang, 750 g schwer, tot. Rechtes Bein zeigt zahlreiche Ecchymosen, ebenso der rechte Arm. Placenta rund, grosslappig, 280 g schwer, $1^1/_2$ cm dick; am Rande sitzt halbmondförmig an einer Stelle missfarbiges, z. T. organisiertes Blutgerinnsel auf, wohl die Stelle, an der sich die Placenta seit längerem abgelöst oder die als marginale Placenta praevia vorgelegen hatte.

Wöchnerin am ersten Tage sehr schwach. Mehrere Kollapsanfälle. Schüttelfrost. Starke Druckempfindlichkeit in der linken Parametralgegend. Langsamer Rückgang der Parametritis und des Fiebers. Gesund entlassen.

17.

M. S., Dienstmagd, 36 Jahre, V para. 1901. J.-Nr. 927. Zwillinge im 9. Monat. Der vordere Zwilling in Beckenendlage, der hintere in I. Schieflage. Placentra praevia centralis.

Vor 3 Wochen Blutung, die 1 Stunde dauerte und sich im Laufe dieser Zeit noch dreimal wiederholte. Zu Beginn der Geburt sehr starke Blutung.

Akute schwere Anämie. Muttermund für 2 Finger gut durchgängig, vollständig mit Placentargewebe ausgefüllt. Nach links hinten erreicht man oberhalb des inneren Muttermundes die Eihäute. Dieselben werden mit der Kornzange eingerissen. Zeigefinger und Mittelfinger der rechten Hand schlüpfen sofort in dem Riss, schieben die vorliegende Schulter des hinteren Zwillings nach links, erfassen das untere linke Bein am Knie und leiten es durch den Muttermund bis vor die Vulva. Nach 3 Stunden spontane Geburt des hinteren Zwillings. Darauf bildet sich aus der Beckenendlage des vorderen Zwillings eine I. Schieflage. Es wird nun mit der ganzen rechten Hand in den Uterus eingegangen und nach direkter kombinierter Wendung der linke Fuss bis vor die Vulva geleitet. Nach kurzer Zeit spontane Geburt des zweiten Kindes. Die Placenta folgt bald spontan.

1. Zwilling, unausgetragen, 47,5 cm lang, 2350 g schwer, ohne Herzschlag geboren, nicht belebt; linkes Bein und linkes Gesäss cyanotisch.

2. Zwilling, unausgetragen, 45 cm lang, 2100 g schwer, I. Grades asphyktisch, bald wiederbelebt.

Gemeinsame Placenta. Die vorgelegene Partie grenzt sich deutlich ab, ist 10 cm breit, 12 cm lang. Septum besteht aus 4 Schichten, also zweieiige, gleich geschlechtliche Zwillinge mit einer Placenta, also offenbar 2 Eier in einem Follikel. Der vorgelegene Lappen ist blass, ausgeblutet. An der Grenzlinie inseriert auf der fötalen Fläche die Nabel-

schnur. Eine deutliche Grenze auf der maternen Fläche entsprechend dem Septum existiert nicht. Gewicht der Placenta 700 g, Grösse 20 : 17, Dicke $1^1/_2$ cm.

Wochenbett ohne Nachblutung oder Fieber.

18.

M. H., 37 Jahre, X para. 1902. J.-N. 93 a. I. Schädellage, im 9. Monate. Placenta praevia marginalis. Poliklinisch entbunden. Blutung vor der Geburt. Zweimalige Tamponade. Wendung nach Braxton-Hicks. Spontane Geburt des Kindes. Dasselbe ist nicht ganz ausgetragen, 48 cm lang, II. Grades asphyktisch geboren, aber wiederbelebt. Expression der Placenta nach Credé. Atonische Nachblutung. Uterus-Scheidentamponade. Ueberführung in die Klinik.

Wochenbett 12 Tage fieberhaft. An den Injektionsstellen für eine Kochsalzinfusion, die nach der Geburt gemacht worden, entwickelten sich ein Abscess und eine Gasphlegmone, die beide nach mehrfachen Incissionen langsam heilten.

19.

Ph. Sch., Bildhauersfrau, 31 Jahre, III para, 1902. J.-N. 249. II. Schädellage, im 10. Monate. Placenta praevia marginalis.

Vor 2 Monaten Blutung, die mehrere Tage dauerte und so stark war wie eine Menstruation. Vier Wochen später eine stärkere Blutung, die einen halben Tag währte. Die Blutung stand beide

Mal spontan auf Bettruhe. In der letzten Nacht wieder sehr starke Blutung. Tamponade. Ueberführung in die Klinik. Muttermund für 3 Finger durchgängig. Placenta ist nicht zu fühlen. Die rechte Hand wird in die Vagina eingeführt. 2 Finger gehen durch den Muttermund, schieben den Kopf nach rechts, während die äussere Hand den Steiss der inneren Hand entgegendrängt. Nach langem Bemühen gelingt es den vorderen rechten Fuss zu erfassen und vor die Vulva zu leiten. Nach 40 Minuten spontane Geburt der Frucht. Kind, I. Grades asphyktisch, wiederbelebt, 51 cm lang, 2840 g schwer. Nachblutung, Expression der Placenta nach Credé. Dieselbe ist grosslappig, oval, 600 g schwer, 23:17 cm gross, 2 cm dick.

Bei der Wöchnerin stellte sich am 7. und 8. Tage Abends eine Temperaturerhöhung ein auf 39,2, sesp. 38,6, ohne erkennbare Ursache, im übrigen war ihr Befinden immer gut.

2).

A. G., Ausgehersfrau, 27. Jahre, VII para. 1902. J.-N. 319. II. Schädellage, im 9. Monat. Placenta praevia lateralis. Seit 3 Tagen wegen anhaltender Blutung täglich Tamponade. Muttermund für drei Finger durchgängig; von rechts her ragt ein Placentarlappen bis über die Mitte des inneren Muttermundes. Nach Einführung der Hand in die Vagina Wendung nach Braxton-Hicks. Eine Stunde später spontane Geburt des nicht ausgetragenen toten Kindes, dessen Gewicht 2110 g beträgt bei

einer Länge von 44 cm. Die Placenta folgt spontan. Sie ist 390 g schwer, 15 : 13 cm gross, $1^1/_2$ cm dick, oval, gross- und mittellappig.

Wochenbett ohne Komplikationen.

21.

M. H., 25 Jahre, III para. 1902. J.-Nr. 661. II. Schädellage, im 9. Monate. Placenta praevia centralis.

2 Tage vor der Geburt des Kindes Blutung. Tamponade mit steriler Gaze ausserhalb der Klinik seitens eines Praktikanten der Poliklinik. Nach 24 Stunden in der Klinik Entfernung der übelriechenden Tampons. Scheidenausspülung und Tamponade mit Jodoformgaze. Am nächsten Tage Muttermund fünfmarkstückgross. Die rechte Hand wird in die Vagina eingeführt, die den Muttermund vollständig deckende Placenta rasch mit 2 Fingern durchstossen, der Steiss mit der äusseren Hand heruntergedrängt, das linke Bein erfasst und in den Muttermund heruntergezogen bis der Fuss in der Vulva sichtbar wird. An dem Fuss wird ein Zug von 1 kg Gewicht angebracht. Nach 10 Minuten spontane Geburt des Rumpfes. Lösung der Arme und Entwicklung des Kopfes durch Mund-Nackengriff. Kind, 48 cm lang, 3020 g schwer, II. Grades asphyktisch, wird durch Schultze'sche Schwingungen wiederbelebt. Die Placenta folgt sofort spontan. Mit ihr kam ein Schwall Blut, der 1350 g wog (wohl auch mit Fruchtwasser vermischt). Die Placenta ist ungewöhnlich gross,

930 g schwer, 22 : 16 cm gross, 2—2½ cm dick, oval, kleinlappig. 1 cm von ihrem Rande entfernt eine 6 cm lange, 3—4 cm breite, ½ cm dicke Placenta succenturiata, die durch 2 grössere Gefässe mit dem Hauptmutterkuchen in Verbindung steht. Auch an anderen Stellen sind die Eihäute auffallend dick und die Decidua wulstig. Die materne Fläche ist an der Durchstossungsstelle stark zerrissen. Ein Teil der Eihäute ist zurückgeblieben. Von einer Entfernung der Eihautreste wurde abgesehen, da keine Blutung mehr auftrat. Dieselben sind im Laufe des Wochenbettes unbemerkt abgegangen.

Am Abend des 2. Wochenbetttages erfolgte eine Temperatursteigerung auf 38,8 und bald entwickelte sich das Bild einer septicaemischen Infektion, hohe Temperatursteigerungen von 40 ° und darüber, peritonitische Symptome, schweres Benommensein des Sensoriums, auch Schüttelfröste traten auf. Dazu traten die Erscheinungen der Pyaemie, eine Endocarditis der Mitralis, Pleuritis, Milztumor, so dass zum Schluss ein ausgesprochenes Bild der Septicopyaemie vorlag. Am 16. Tage erfolgte der Exitus letalis.

Die Sektion bestätigte das klinische Bild; es ergab sich: „Septicopyaemie, ausgehend von einer nekrotisierenden Endometritis mit Placentarthrombose der Venen des kleinen Beckens mit Fortsetzung in die Iliaca communis. Eitrig, jauchige Pleuritis rechts. Verucöse Endocarditis der Mitralis. Herzdilatation. Lungenödem. Septischer Milztumor. Parenchymatöse Nephritis.“

22.

Agn. V., Bureaugehilfensfrau, 45 Jahre, IX para. 1903. J.-Nr. 590. Placenta praevia lateralis. Wendung nach Braxton-Hicks und Geburt des Kindes ausserhalb der Klinik. Kind tot. Starke arterielle Nachblutung. Scheidentamponade. Aufnahme in die Klinik. Naht zweier Cervixrisse von 3 resp. 2 cm Länge. Tamponade des Uterus und der Vagina.

Im Wochenbett eine einmalige Temperatursteigerung auf 39,1° am 2. Tage. Lysolausspülung der Scheide. Eisblase auf das Abdomen, Chinin. sulf. 1,0. Weiterhin keine Fiebererscheinungen.

Der Uebersichtlichkeit halber mögen die beschriebenen 22 Fälle hier nochmals in kurzer tabellarischer Anordnung folgen.

Fall	Art des Vorliegens der Placenta	Angewandte Therapie ausser der Wendung nach Braxton-Hicks	Ausgang für	
			Mutter	Kind
1	lateral	Tamponade. Heisse Scheidenausspülung. Secale innerlich. Credé.	Genesen	† ante part. part. praem.
2	central	Heisse Ausspülung der Scheide post part. Tamponade des Uterus und der Vagina Ergotin subcutan	Genesen	† sub part.
3	central	Credé. Ergotin subcutan post part.	Genesen	† sub part. part. praem.

Fall	Art des Vorliegens der Placenta	Angewandte Therapie ausser der Wendung nach Braxton-Hicks.	Ausgang für	
			Mutter	Kind
4	central	Tamponade	Genesen	† ante part. part. praem.
5	lateral	Expression der Frucht und Placenta aus der Scheide	Genesen	am Leben
6	lateral	Tamponade. Lösung der Arme und des Kopfes	Genesen	† sub part.
7	lateral	Tamponade. Extraktion. Credé	Genesen	† sub part.
8	lateral	Extraktion. Manuelle Lösung der Placenta	Genesen	† post part.
9	lateral	Sprengung der Blase	Genesen	† sub part.
10	lateral	Credé	Genesen	† sub part.
11	lateral	Lösung der Arme und des Kopfes. Credé	Genesen	† sub part. part. praem.
12	lateral	Heisse Ausspülungen. Tamponade. Lösung der Arme und des Kopfes. Manuelle Lösung der Placenta. Uterus-Scheidentamponade post part. Ergotin subcutan	Genesen	† sub part.
13	lateral	Tamponade. Lösung der Arme und des Kopfes. Naht eines Vaginalrisses. Uterus-Scheidentamponade. Ergotin subcutan	† an Verblutung	† sub part.
14	lateral	Credé. Uterus-Scheidentamponade. Ergotin subcutan. post part.	† an Verblutung	† sub part.
15	central	Tamponade. Lösung der Arme und des Kopfes	Genesen	† sub part.

Fall	Art des Vorliegens der Placenta	Angewandte Therapie ausser der Wendung nach Braxton-Hicks.	Ausgang für	
			Mutter	Kind
16	marginal	Tamponade. Heisse Scheidenspülungen. Künstliche Frühgeburt. Lösung der Arme und des Kopfes. Credé. Ergotin subcutan	Genesen	† part. imm.
17	central	Ergotin subcutan post part.	Genesen	1. Kind: † sub part. 2. Kind: am Leben part. praem.
18	marginal	Tamponade. Credé. Uterus-Scheidentamponade. Ergotin subcutan post part.	Genesen	am Leben part. praem.
19	marginal	Tamponade. Credé	Genesen	am Leben
20	lateral	Tamponade. Ergotin subcutan post part.	Genesen	† sub part. part. praem.
21	central	Tamponade. Lösung der Arme und des Kopfes	† an Septicopyaemie	am Leben
22	lateral	Tamponade des Uterus und der Scheide post part. Naht zweier Cervixrisse	Genesen	† sub part.

Unterwerfen wir nun die vorliegenden Berichte einer genaueren Durchsicht, so finden wir

Placenta praevia centralis 5 mal = 22,7 %,
„ „ lateralis 14 „ = 63,6 %,
„ „ marginalis 3 „ = 13,6 %.

In 10 Fällen, 45,4 % traten schon während der Schwangerschaft und zwar meistens 10—20 Tage vor der Geburt die ersten Blutungen auf. Zu einer

Frühgeburt führten die Blutungen im Falle 16. Hier traten im 7. Monat bei marginalem Sitz der Placenta Blutungen auf, die durch tägliche Tamponade, heisse Ausspülungen der Scheide etc. nicht dauernd zum Stehen gebracht werden konnten, weshalb man, da nach 14tägiger Behandlung auch noch hohes Fieber mit mehrfachen Schüttelfrösten auftrat, zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt schreiten musste.

12 Schwangerschaften, 54,5 %, verliefen ohne Blutung und setzte dieselbe hier erst mit Beginn der Wehentätigkeit ein.

Die Grösse des Blutverlustes war natürlich in den einzelnen Fällen höchst verschieden. Während bei einigen Frauen die verlorene Blutmenge sehr gering war, führten bei anderen die heftigen Blutungen zu einer hochgradigen, lebensgefährlichen Anämie und bei zweien sogar zum Tode. Die grössten Blutverluste finden wir, abgesehen von den tödlich verlaufenen Fällen, auf die ich später noch zurückkommen werde, im Fall 12, 16 und 17. Im ersteren Falle wurde die Parturiens nach der Wendung im höchsten Grade anämisch und fortwährend delirierend in die Klinik gebracht. Nach der Geburt des Kindes trat noch eine Nachblutung ein und musste die an der Uteruswand adhärente Placenta manuell gelöst werden. Da inzwischen die Anämie einen so hohen Grad erreicht hatte, dass auch der geringste weitere Blutverlust das Leben der Wöchnerin in die grösste Gefahr bringen musste, wurde die prophylaktische Uterustamponade

gemacht und durch Kochsalzinfusionen, Thee, Kognak etc. die erschöpfte Puerpera zu stärken gesucht. Im Falle 16, der vorhin schon näher besprochen wurde, war die verlorene Blutmenge ebenfalls sehr gross, so dass infolge der Anämie und damit verbundenen Kräfteverfalles mehrmals Kollapszustände auftraten. Um eine Komplikation von Placenta praevia centralis mit Zwillingen handelt es sich im Falle 17. Auch hier war durch die starken Blutungen in der Eröffnungsperiode eine schwere, akute Anämie entstanden, die wie oben ebenfalls erfolgreich bekämpft werden konnte.

Bezüglich der Kunsthülfe, die vor, während oder nach der Geburt ausser der kombinierten, indirekten Wendung geleistet wurde, möchte ich hervorheben, dass in 4 Fällen keine weitere operative Hülfe geleistet wurde, allerdings musste im Falle 17 die Wendung 2 mal (Zwillinge) ausgeführt werden. Bei 12 Kreissenden wurde vor der Wendung die Tamponade angewendet. Einmal wurde im 7. Monat die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Die spontane Geburt der Früchte erfolgte in 12 Fällen. 8 mal musste man die Lösung der Arme und des Kopfes vornehmen, 2 mal musste mehrere Stunden nach der Wendung, nachdem der Muttermund vollständig erweitert war, zur Extraktion der Frucht geschritten werden. Im ersteren Falle war bei der Wendung der hintere Fuss erfasst und heruntergeholt worden und musste nach Erweiterung des Muttermundes noch der vordere Fuss herabgeschlagen werden, woran dann gleich die Extraktion angeschlossen

wurde. Im zweiten Falle wurden die kindlichen Herztöne unhörbar und wurde deshalb, da auch hier der Muttermund völlig erweitert war, das Kind extrahiert.

Die Placenta wurde in 10 Fällen spontan geboren; 10 mal wurde sie mittelst Credé'schen Handgriffes exprimiert; 2 mal gelang die Expression nicht und musste hier die Placenta manuell gelöst werden.

Eine Uterustamponade nach der Geburt wurde 6 mal gemacht und zwar 4 mal wegen Nachblutung, 2 mal prophylaktisch.

In 2 Fällen mussten wegen starker arterieller Nachblutung 1 resp. 2 Cervixrisse vernäht werden, einmal ein Vaginalriss.

Was nun die durch das Verfahren an der Münchener Klinik erzielten Resultate anlangt, so muss von vornherein darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Schwangeren meist schon vor der Aufnahme in die Klinik anderweitig behandelt waren oder oft schon in einem sehr anämischen und schwächlichen Zustande in die klinische Behandlung eintraten. Auf einen eklatanten Fall dieser Art möchte ich, da er mit dem Tode der Mutter endete, hier noch mal zurückkommen. Im Falle 14 bestanden bei der Schwangeren schon 3 Tage lang die heftigsten Blutungen, ohne dass gegen dieselben therapeutisch irgend etwas getan wurde. In Blut schwimmend und fast völlig bewusstlos wurde die Parturiens in die Klinik gebracht. Hier wurde sogleich die Wendung gemacht, worauf die Blutung

stand. Nach einer halben Stunde erfolgte dann die spontane Geburt eines toten, ausgetragenen Kindes. Die Placenta wurde sogleich exprimiert und prophylaktisch die Uterus-Scheidentamponade angeschlossen, wodurch jeder weitere Blutverlust verhindert wurde. Kampfer und Aether wurden reichlich subkutan zugeführt, Kochsalzinfusionen unter die Haut gemacht, Sekt per os gegeben. Trotzdem erfolgte nach 1 Stunde der Exitus letalis. Es handelte sich also in diesem Falle um einen Verblutungstod, herbeigeführt durch die starken, profusen Blutungen vor der Aufnahme in die Klinik, und kann dieser Todesfall demnach nicht der klinischen Behandlung zur Last gelegt werden.

In den beiden anderen Fällen, die mit dem Tode der Mutter endigten, handelte es sich einmal (13) ebenfalls wohl (Wochenbettjournal nicht vollständig) um einen Verblutungstod, das andere Mal um eine Septicopyaemie ausgehend von einer nekrotisierenden Endometritis mit Placentarthrombose der Venen des kleinen Beckens.

Demnach starben von den 22 Müttern 3, das wäre eine Gesamtmortalität von 13,6 %. Da man aber, wie ich vorhin dargelegt habe, den Tod der Mutter im Falle 18, als der klinischen Behandlung nicht zur Last fallend, nicht mit berechnen darf, so reduziert sich der Prozentsatz für die Mortalität der Mütter auf 9,5 %.

Die Wochenbettverhältnisse kann man als günstige bezeichnen. Von 19 Wöchnerinnen machten 13 ein normales Wochenbett durch. Bei 2 Müttern

wurden in den ersten Tagen nach der Geburt vorübergehende Temperatursteigerungen beobachtet. An etwas schwereren Fiebererscheinungen litten 4 Wöchnerinnen (4, 7, 16, 18). Im Falle 4 trat bald nach der Geburt des I. Grades macerierten Kindes ein Schüttelfrost ein bei üblem Geruche aus den Genitalien. Nach täglichen Ausspülungen des Uterus mit einer ½ % Lysollösung allmähliche Entfieberung. Im Fall 7 finden wir in den ersten 12 Tagen Temperaturerhöhungen bis 39,6 °. Eine Ursache für das Fieber ist nicht zu eruieren. Die Wöchnerin klagt lediglich über Kopfschmerzen. Bei der Puerpera im Falle 16 handelt es sich um eine Parametritis, mit deren Rückgang auch das Fieber schwindet. Im letzten Falle rührt das Fieber von einem Abszess und einer Gasphlegmone her, die sich an den Injektionsstellen einer Kochsalzinfusion entwickelt haben.

Nicht ganz so günstig, wie bei den Müttern, stellen sich die Verhältnisse bei den Kindern.

Von 23 Kindern (1 Mal Zwillinge) wurden 6 lebend geboren, 17 kamen tot zur Welt, was eine Gesamtmortalität von 73,6 % ergibt. Schliessen wir einerseits die Kinder aus dem 5.—7. Monat (1) als lebensunfähig und die Kinder, die schon vor Beginn der Geburt abgestorben waren (2) als dem Verfahren nicht zur Last fallend aus und rechnen anderseits die bald nach der Geburt abgestorbenen (1) zu den Toten, so bleiben auf 5 lebende und lebensfähige Kinder 15 tote, was eine Mortalität von 75 % ausmacht.

Vergleichen wir diese Resultate mit denen anderer Autoren, so finden wir folgende Sterblichkeitsziffern:

Gusserow (107 Fälle) publiziert von Behm, Meyer, Wyder.

für die Mütter 6,5 %
für die Kinder 78,4 %

Nordmann

für die Mütter 7,0 %
für die Kinder 60 %

Olshausen

für die Mütter 16,2 %
für die Kinder 35 %

Wyder

für die Mütter 7,2 %
für die Kinder 65 %

Beumer und Peiper

für die Mütter 29,7 %
für die Kinder 48,6 %

Diese Zusammenstellung zeigt, dass das in der Münchener Frauenklinik angewandte Verfahren sich bewährt und dass die Resultate, denen anderer Schulen vollständig gleichkommen. Wenn auch manche Geburtshelfer einen geringeren Prozentsatz für die Mortalität der Kinder erzielt haben, so haben sie dafür aber um so höhere Sterblichkeitsziffern für die Mütter aufzuweisen. Das Ziel eines jeden Geburtshelfers in jedem Falle, wenn eben möglich, Mutter und Kind zu retten, lässt sich eben leider nicht verwirklichen und muss man sich in den meisten Fällen damit begnügen, wenigstens das Leben der Mutter als das bei weitem wertvollere, erhalten zu haben.

Seinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr. v. Winckel, spricht Verfasser für die Anregung zu dieser Arbeit und die freundliche Ueberlassung des Materials seinen verbindlichsten Dank aus.

Verzeichnis der benützten Literatur.

v. Winckel, Lehrbuch der Geburtshülfe. 2. Auflage. Leipzig 1893.

Runge, Lehrbuch der Geburtshülfe. 5. Auflage. Berlin 1899.

Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte. XX. Jahrg. 1890. Nr. 14.

Lindemann, Statistischer Beitrag zur Behandlung der Placenta praevia. I.-D. Würzburg 1894.

Streicher, Die Bedeutung und Behandlung der Placenta praevia. I.-D. Jena 1893.

Gutmann, 20 Fälle von Placenta praevia aus der Münchener Kgl. Universitäts-Frauenklinik. I.-D. München 1896.

Lemke, die heutigen Ansichten über die Behandlung der Placenta praevia. I.-D. Berlin 1901.

Lebenslauf.

Verfasser, Gustav Beckering, wurde geboren am 29. August 1876 zu Sögel in Hannover, als Sohn des praktischen Arztes Bernhard Beckering und seiner Frau Elisabeth, geb. Niemann. Er besuchte die Elementar- und darauf die Rektoratschule in Sögel und das Gymnasium in Meppen, woselbst er Ostern 1896 sein Reifezeugnis erhielt. In den drei ersten Semestern studierte er Jura in Freiburg, München, Kiel, wandte sich alsdann der Medizin zu und brachte die folgenden vier Semester in Göttingen zu. Nachdem er dort die ärztliche Vorprüfung bestanden hatte, begab er sich nach Würzburg, um dort beim Kgl. bayer. 2. Feldartillerie-Regiment seiner halbjährigen Militärpflicht mit der Waffe zu genügen im Winter 1900/01. Seit dem Sommersemester 1901 studierte er in München, wo er Ende Dezember 1903 sein Staatsexamen beendete. Darauf diente er als einjährig-freiwilliger Arzt beim 1. Infanterie-Regiment in München, machte als Unterarzt eine 6wöchentliche Uebung beim 2. Chevauxleger-Regiment in Dillingen und während des Manövers beim 12. Infanterie-Regiment mit und wurde Anfang Dezember 1903 zum Assistenzarzte d. R. befördert.